

診療予約申込書 (FAX用)

東京大学医科学研究所附属病院 地域医療連携室宛

FAX : 03-5449-5930

紹介内容 ※可能なところのみで結構です	受診科	<input type="checkbox"/> 血液腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 感染免疫内科
		<input type="checkbox"/> アレルギー免疫科	<input type="checkbox"/> 総合診療科
		<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍外科
		<input type="checkbox"/> 関節外科	<input type="checkbox"/> 放射線科
		<input type="checkbox"/> ゲノム診療科	
	専門外来	<input type="checkbox"/> HTLV専門外来	<input type="checkbox"/> ピロリ外来
		<input type="checkbox"/> 渡航外来	<input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー外来
		<input type="checkbox"/> 結合織病（マルファン）外来	
		<input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング外来	<input type="checkbox"/> 遺伝性大腸がん外来
	医師名		
診察目的/ 病名			
希望日時	第一希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	
	第二希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	
患者情報等	フリガナ		性別
	氏名		男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住所・TEL	〒 - TEL ()	
	当院受診歴	有 ・ 無	
備考			

※総合診療科：代謝・内分泌科、消化器科、循環器科

ご紹介元医療機関名 (住所) (電話・FAX) (医師名) 医療機関名のみでも結構です	
---	--